

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

35

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude ROUCHIER-SAGNET

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 4 Décembre 1943. à Montry (39)

Présentée et soutenue publiquement le

197

**A propos d'un cas
de
nécrose palpébrale à bacille pyocyanique
chez un nouveau-né**

Président : M. OFFRET, Professeur

PARIS — 1971

UNIVERSITE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE — BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

ANNÉE 1971

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude ROUCHIER-SAGNET

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 4 Décembre 1943. à Montry (39)

Présentée et soutenue publiquement le

197

**A propos d'un cas
de
nécrose palpébrale à bacille pyocyanique
chez un nouveau-né**

Président : M. OFFRET, Professeur

PARIS — 1971



A MES PARENTS

Professeur de Clinique Ophtalmologique

À la Faculté de Médecine
Ophtalmologie de Paris
En témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance.

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MON MARI, A MON FILS

Avec toute ma tendresse.

qui nous a fait le grand honneur

A TOUTE MA FAMILLE

de présider cette thèse.

qu'il trouve ici le témoignage

A MES AMIS.

de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OFFRET

Professeur de Clinique Ophtalmologique

à la Faculté de Paris

Ophtalmologiste des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
de présider cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage
de notre profonde reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556018_0023

Aux Ophtalmologistes du Centre Hospitalier
de Versailles

MONSIEUR LE DOCTEUR P. PLESSIER

Pour l'enseignement qu'il nous a
prodigué.

Pour ses conseils constants et
bienveillants.

Nos sentiments de profonde gratitude.

MONSIEUR LE DOCTEUR J.M.G. HENRY

Il nous a guidé dans l'élaboration
de ce travail. Qu'il trouve ici
l'expression de notre sincère
reconnaissance.

MADAME LE DOCTEUR F. BOIGE DOUCET

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

Notre reconnaissance profonde
pour leur précieux enseignement.

A L'INSTITUT CHIBRET

Il nous a aidé en mettant son
remarquable service de documentation
bibliographique à notre disposition.
Nous l'en remercions vivement.

INTRODUCTION

Les nécroses palpébrales ne sont pas exceptionnelles
comme en témoignent les cas retrouvés dans la littérature.

Nous nous proposons de décrire ici l'évolution clinique jusqu'à la guérison complète d'un tel cas chez un nouveau-né.

- d'étudier les autres lésions oculaires habituellement provoquées par le bacille pyocyane chez le nouveau-né et le prématuré.
- de mettre en évidence les problèmes posés par de telles infections.
- de rappeler enfin, les différents autres agents pathogènes responsables également de nécrose palpébrale.

P L A N

1. Introduction.
2. Description clinique d'un cas de nécrose palpébrale, chez un nouveau-né.
3. Etude évolutive de 24 conjonctivites à bacilles pyocyaniques apparues dans plusieurs services de nouveau-nés et de prématurés.
4. Statistiques portant sur la fréquence
 - de la panophtalmie,
 - de la généralisation de l'infection; secondaires à une conjonctivite à bacille pyocyanique.
5. Pathogénie des atteintes oculaires et périoculaires à bacille pyocyanique chez le nouveau-né et le prématuré.
6. Bactériologie.
7. Anatomo-pathologie des lésions cutanées dues au bacille pyocyanique.
8. Prophylaxie de l'infection à bacille pyocyanique dans les services de nouveau-nés et de prématurés.
9. Traitement des infections oculaires à bacilles pyocyaniques.
10. Bref rappel des nécroses palpébrales d'origine infectieuse.
11. Conclusion.

Nathalie I.. née le 23 Mars 1969 est admise le 21 avril 1969 dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier de Versailles pour une déshydratation aigue.

Cette enfant est née normalement à terme après une grossesse normale. Le cri est immédiat et le poids de naissance est de 3850 grammes.

On note précocement l'apparition de vomissements fréquents déterminant plusieurs changements de régime. L'enfant sort de la clinique le 12ème jour, pesant 3500 grammes, n'ayant donc pas repris son poids de naissance.

Devant la persistance des vomissements et l'apparition d'une diarrhée importante, le médecin traitant essaie de nouveau un autre lait. Mais brutalement, le 23 Avril, l'enfant est hospitalisée d'urgence pour une déshydratation aigue.

A son arrivée dans le service, l'enfant pesant 2950 grammes présente un teint gris, une fontanelle déprimée, un pli cutané, et une hypothermie à 35°4. L'examen neurologique est normal. Une ponction lombaire pratiquée après quelques heures de réhydratation s'avère normale.

Le lendemain de l'admission on remarque l'apparition au niveau de l'oeil gauche,

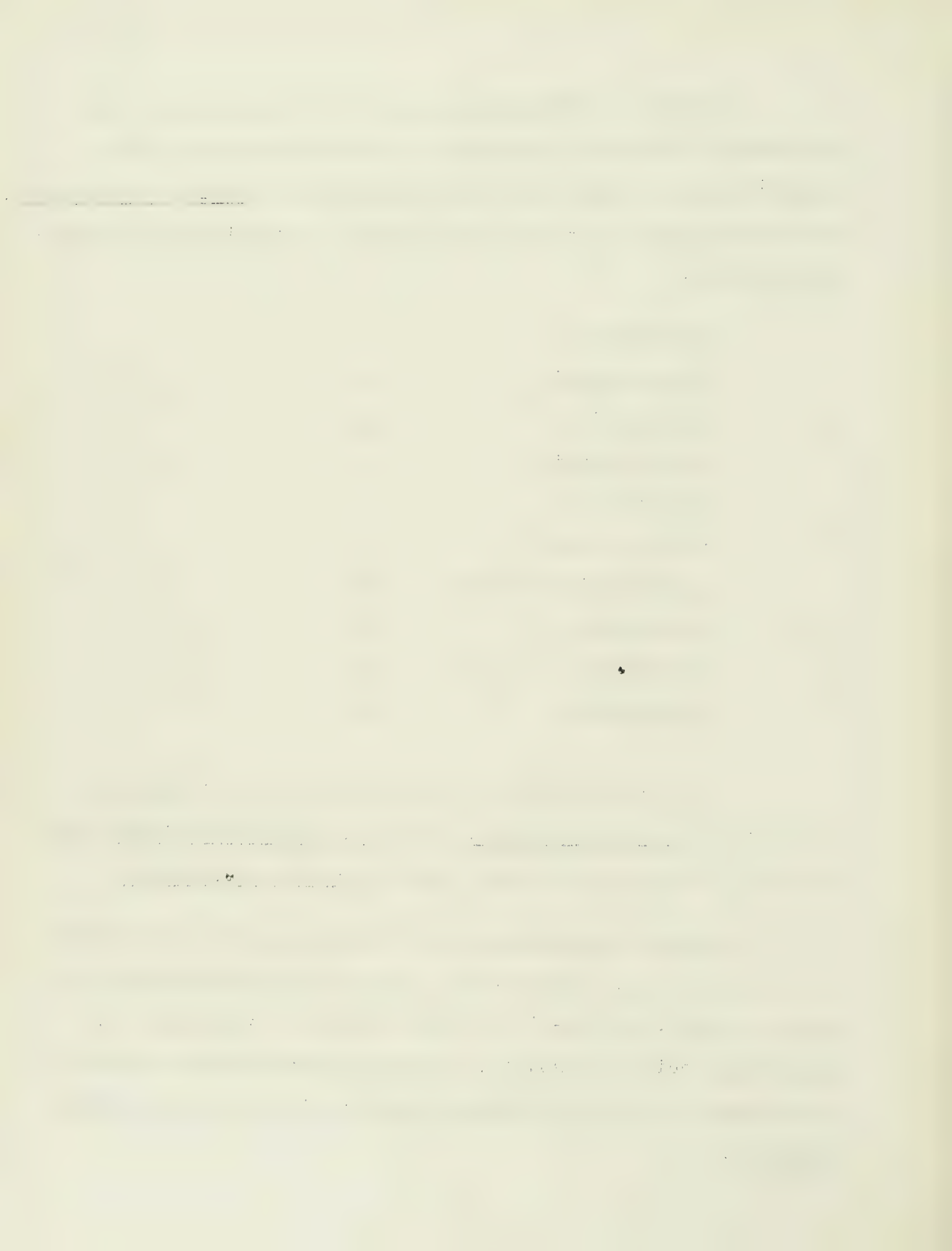
- d'une conjonctivite purulente,
- d'un oedème palpébral inflammatoire rapidement progressif.

L'examen bactériologique direct de la sécrétion conjonctivale objective la présence de nombreux bacilles Gram négatif. Les cultures révèlent la présence du bacille pyocyanique. Un antibiogramme (ci-joint) est pratiqué à partir de ce premier prélèvement.

- Ampicilline	0
- Streptomycine	+++
- Kanamycine	++
- Chloromycétine	+
- Terramycine	+
- Tétracycline	+
- Céphalotine (Keflin)	0
- Colimycine	+
- Furadoline	0
- Gentamycine	+++

Une antibiothérapie est instituée par voie générale à la dose de 9 mg Gentamycine et de 400 000 U de Colistine par 24 heures et localement sous forme de collyre polymyxine.

Malgré l'antibiothérapie à doses massives, on assiste le 3ème jour à une efflorescence de macules ecchymotiques sur tout le corps. Celles-ci ne tardent pas à se transformer en phlyctènes puis en pustules. L'examen bactériologique affirme la présence de bacilles pyocyaniques au niveau de ces lésions cutanées.



Le 5ème jour, l'enfant fait un grand collapsus avec pauses respiratoires, arrêt cardiaque, hypothermie à 34°6. L'état général s'altère progressivement. On continue le traitement antibiotique avec une perfusion de 50 cc de sang tous les trois jours.

Une nécrose apparaît au niveau de l'angle interne des paupières supérieure et inférieure de l'oeil gauche. L'ulcération va s'étendre progressivement en surface et en profondeur, détruisant les différents éléments anatomiques de la région. L'élimination du tissu nécrotique laisse apparaître une perte de substance bien visible sur les premiers clichés.

En surface

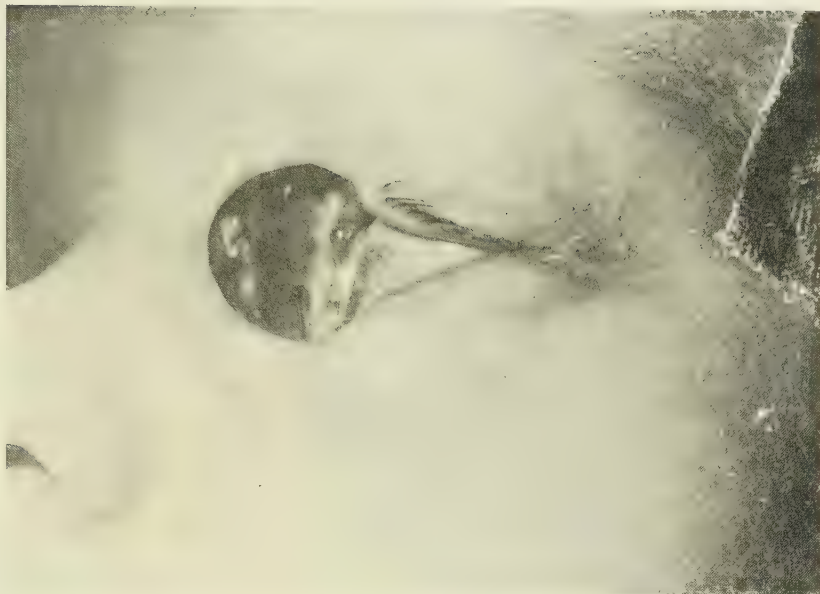
Nous constatons une ulcération cutanée de 8 mm de diamètre limitée par des bords nets taillés à l'emporte pièce, intéressant :

- . l'angle interne des paupières jusqu'à la racine du nez,
- . les tiers internes des paupières supérieure et inférieure.

En profondeur

Le foyer nécrotique a successivement atteint

- . le tissu cellulaire sous-cutané,
- . les voies lacrymales,



CLICHE I



CLICHE II

- . le ligament palpébral interne et les fibres du muscle orbiculaire,
- . le septum palpébral.

Il découvre :

la paroi interne de l'orbite et la graisse orbitaire.

La motilité oculaire extrinsèque est normale.

Au niveau du globe, la conjonctive bulbaire et la sclérotique sont intactes. Il existe au niveau de la cornée, encore assez bien protégée par l'occlusion palpébrale, une ulcération prenant la fluoresceïne. La cornée présente dans son ensemble un aspect terne, dépoli (cliché II) gênant l'examen de la chambre antérieure et du fond d'oeil.

Grâce à l'instillation répétée d'un collyre à base de Polymyxine, on assiste à un éclaircissement rapide de la cornée, nous permettant de constater la transparence des milieux oculaires.

La formation de ce foyer nécrotique s'accompagne d'une altération progressive de l'état général de l'enfant. Une hémoculture révèle la présence de pyocyaniques dans le sang. On note également l'apparition du bacille dans les selles et au niveau de l'oreille droite. Les pustules cutanées sont maintenant volumineuses, tendues. Sur les conseils du pédiatre, on pratique



une incision au vaccinostyle de toutes les pustules le 20ème jour.

On assiste progressivement à une amélioration clinique. Les éléments cutanés se cicatrisent, l'otite guérit, l'enfant reprend du poids. Le traitement antibiotique est arrêté le 35ème jour et l'enfant sort de l'hôpital quatre jours plus tard.

Le problème étant réglé de façon satisfaisante du point de vue infectieux, seul persiste le problème oculaire. Suivant de peu l'amélioration clinique une remarquable cicatrisation se déclenche au niveau des paupières.

L'enfant sera suivie régulièrement à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital de Versailles.

- Dès le mois de Juin (40 jours) on constate le bourgeonnement d'un tissu conjonctif jeune, très actif se développant au fond de l'excavation.

- Le mois suivant, on assiste à un comblement progressif de l'ulcération puis à un recouvrement cutané de la lésion. Peu à peu, le tissu néoformé va se remanier, se modeler et prendre l'aspect que nous voyons sur les derniers clichés pris en septembre 1970.

Il est intéressant de constater, d'une part la remarquable cicatrisation de l'ulcération et d'autre part d'établir les différentes séquelles du processus.

1. 1900

2. 1901

3. 1902

4. 1903

5. 1904

6. 1905

7. 1906

8. 1907

9. 1908

10. 1909

11. 1910

12. 1911

13. 1912

14. 1913

15. 1914

16. 1915

17. 1916

18. 1917

Le cliché III nous montre une bonne statique de la paupière supérieure. Elle est reliée par une longue bride cicatricielle assez mince à la paupière inférieure, légèrement abaissée présentant un petit ectropion interne de son bord libre. Il existe bien sûr, une absence complète de voies lacrymales.

Nous découvrons sur le dernier cliché très intéressant une occlusion palpébrale incomplète exposant un triangle de conjonctive bulbaire. Il est à noter que la cornée est bien protégée au cours de l'occlusion palpébrale.

Dans quelques années se posera le problème d'une intervention chirurgicale réparatrice ayant pour but de rétablir une bonne statique palpébrale et assurer une esthétique satisfaisante.



CLICHE III



CLICHE IV

A partir de ce cas unique de nécrose palpébrale par le bacille pyocyannique, nous avons recherché dans la littérature récente d'autres observations d'atteintes oculaires à *pseudomonas aeruginosa* apparues dans plusieurs services de nouveau-nés et de prématurés.

Si la nécrose palpébrale n'est pas citée par les différents auteurs, par contre l'atteinte du globe oculaire semble relativement fréquente dans les collectivités et plus particulièrement chez les prématurés.

A la lumière de ces différents cas, nous avons constaté que toutes ces observations présentaient la même lésion initiale : la conjonctivite à bacille pyocyannique.

Nous présentons sous forme de tableaux toutes les observations que nous avons relevées.

Nous signalerons ensuite les statistiques où les observations ne sont pas détaillées.

Obs.	POIDS NAISSANCE	LESION OCULAIRE INITIALE	SENSIBILITE DU GERME	TRAITEMENT	EVOLUTION
1	1 500 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	- colimycine - framycétine - néomycine	- 1 M. Colimycine - Collyre Néomycine - sous-conj. Colimycine	Fonte purulente <u>oeil gauche énucléation</u>
2	1 500 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	- colimycine	- 100 000 U Colimycine - 100 mg/kg Methicilline - collyre Néomycine - collyre Polymyxine	<u>Panophthalmie bilatérale</u>
3	1 700 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	- colimycine - framycétine - néomycine	- collyre Néomycine	Guérison
4	2 850 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	- polymyxine	- 150 000 U Colimycine - collyre Polymyxine	Guérison

Obs.	POIDS NAISSANCE	LESION OCULAIRE INITIALE	SENSIBILITE DU GERME	TRAITEMENT	EVOLUTION
5	1 990 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	Polymyxine Framycétine		<u>Eviscération</u> <u>O.D.</u>
6	1 270 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	?	200 000 U Colistine	Guérison
7	2 150 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	Streptomycine Nibiol	200 000 U Colistine	Guérison
8	2 400 gr	conjonctivite à pyocyanique gauche	?	200 000 U Colistine	Guérison
9	1 260 gr	conjonctivite à pyocyanique gauche	Colistine Nibiol	150 000 U Colistine	Guérison

Obs.	POIDS NAISSANCE	LESION OCULAIRE INITIALE	SENSIBILITE DU GERME	TRAITEMENT	EVOLUTION
10	1 360 gr	conjonctivite à pyocyanique gauche	Nibiol Colistine Framycétine Néomycine	100 000 U Colistine	Guérison
11	1 700 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	Nibiol Colistine	125 000 U Colistine	Guérison
12	1 540 gr	conjonctivite à pyocyanique à droite	?	Un demi comprimé Polymyxine - Collyre Bacicoline	<u>Panophthalmie</u>
13	975 gr	dacryocystite fistulisée à la peau	?	Collyre Bacicoline. Lavage des voies lacrymales	Guérison
14	1 475 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	?	Collyre Tétracycline	<u>Mort par hémorragie</u> mningée

Obs.	POIDS NAISSANCE	LESION OCULAIRE INITIALE	SENSIBILITE DU GERME	TRAITEMENT	EVOLUTION
15	1 900 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	?	Bacicoline	Guérison
16	1 200 gr	conjonctivite apparue à 3 mois ½	?	?	<u>Panophthalmie</u>
17	2 000 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	Streptomycine Néomycine Colimycine	Collyre Néomycine	Décès le 7° jour d'une broncho- pneumonie mor- telle en 1 jour
18	1 600 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	Streptomycine Néomycine Colimycine Framycétine	Streptomycine Colimycine globulines Collyre Colimycine	Décès 32° jour autopsie : al- véolite pulmo- naire oedéma- teuse et hémorra- gique
19	1 600 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyanique	Streptomycine Néomycine Colimycine	Colimycine I.M. et en collyre	Guérison

Obs.	POIDS NAISSANCE	LESION OCULAIRE INITIALE	SENSIBILITE DU GERME	TRAITEMENT	EVOLUTION
20	1 700 gr	conjonctivite à pyocyannique	?	Collyre Nitrate d'Argent	<u>Fonte purulente</u> <u>de l'oeil</u>
21	2 300 gr	conjonctivite à pyocyannique	?	Colimycine	Guérison
22	960 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyannique	?	Sulfate de Polymyxine B.2 à 3 mg/kg/jour	Décès par <u>septicémie</u> à pyocyannique
23	1 820 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyannique	?	Tétracycline 50 mg par kg/jour	Guérison
24	1 560 gr	conjonctivite bilatérale à pyocyannique	?		Guérison

Au total, nous voyons que sur les 24 cas étudiés, nous avons :

- sur le plan général

quatre décès secondaires à la généralisation du processus infectieux et plus particulièrement à la localisation bronchopulmonaire.

- sur le plan loco-régional à partir d'une conjonctivite à bacille pyocyanique

. 15 évolutions favorables sous traitement; l'antibiotique le plus souvent employé étant la colistine.

. 6 panophtalmies.

Ces résultats sont en accord avec les différentes statistiques publiées.

- La fréquence de la fonte purulente de l'oeil est variable d'une épidémie à l'autre, d'une statistique à l'autre; elle se situerait de 30 à 50 % des cas non mortels.

- La mortalité secondaire à l'extension générale de l'infection à partir du foyer oculaire est variable selon les auteurs.

. Monnet et ses collaborateurs déplorent deux morts parmi 29 cas de conjonctivites.

- . Eliachar ne note aucun cas mortel parmi les 12 cas provenant de 3 services parisiens.
- . Hoffman et Fimberg ont eu une mort parmi 3 conjonctivites. La proportion est identique au cours d'une épidémie dans un autre service.
- . Egges et Wockel rapportent un seul cas de conjonctivite qui fut mortel.
- . Burns et Rhodes comptent quatre morts parmi neuf cas.
- . Coralle a eu une mort parmi 4 conjonctivites.

Il est important de noter la gravité d'une infection qui entraîne

- 18 % de décès,
- 30 % de perte du globe.

précoce et d'instituer un traitement actif le plus rapidement possible.

Deux facteurs principaux permettent de comprendre la pathogénie des infections à pyocyanique dans les services de nouveau-nés et de prématurés.

Le premier est celui de la large utilisation des antibiotiques qui a permis la sélection de races résistantes.

Comme tous les germes peu sensibles à nos thérapeutiques, le pyocyanique finit par végéter dans l'hôpital; sa recherche systématique autour du prématuré a permis de le retrouver dans les réservoirs d'eau distillée des couveuses, dans les réservoirs où barbote l'oxygène, dans les nébulisateurs, les couveuses, sur les robinets à commande manuelle et ce qui est très grave sur les sondes de gavage.

Amiel à la Clinique Baudelocque, Verger au Centre de prématurés de Bordeaux rapportent plusieurs cas dus vraisemblablement à des sondes de gavage souillées. L'humidité élevée dans laquelle sont maintenus les prématurés serait elle-même un facteur favorisant l'infection. C'est la persistance de foyers microbiens qui explique en partie la survenue dans ces services de véritables épidémies d'infections à pyocyaniques.

Le deuxième facteur est le terrain. Le prématuré est un individu très fragile aux infections; il en est de même

à un moindre degré du nouveau-né. Un travail de Gitlin met l'accent sur l'insuffisance transitoire de 19-S-gamma-1-globulines.

En effet, la transmission placentaire des gamma-globulines apparait sélective, et les 19-S-gamma-1-globulines ne passent presque pas la barrière placentaire alors que dans le sang du nouveau-né la 7-S-gamma 2 est en quantité presque normale. Le prématuré en est encore plus démuné puisque le passage placentaire est maximum au neuvième mois.

Avant de conclure ce chapitre, il est intéressant de rapporter un cas certain de contamination materno-foetale, décrit par Amiel. Il s'agit d'un enfant présentant le lendemain de sa naissance une septicémie avec apparition d'un ic-
tère, de signes cutanés, de signes respiratoires. L'enfant meurt le deuxième jour.

Une culture des selles et des lochies est faite chez la mère 3 jours après l'accouchement. L'Institut Pasteur identifie le même type antigénique de bacille pyocyanique P.A.06 chez la mère et chez l'enfant. Cette observation démontre la contamination materno-foetale. L'interrogatoire maternel à posteriori retrouve la notion d'une diarrhée importante et négligée pendant les trois derniers mois de la grossesse et des pertes vaginales purulentes au cours des deux derniers mois.

Dans la littérature on retrouve sept observations de contamination materno-foetale. Il est donc nécessaire chez les femmes enceintes, au moindre signe clinique suspect, de demander des examens bactériologiques.

ETUDE BACTERIOLOGIQUE

Le bacille pyocyanique ou pseudomonas aeruginosa a été isolé pour la première fois par Gessard en 1882 dans le "pus bleu d'un pansement".

Ce germe très répandu dans la nature (air, eau, sol) où il prépare l'action des anaérobies est un hôte habituel de la peau et de l'intestin de l'homme et des animaux. Sa présence sur les muqueuses est plus rare.

A l'examen microscopique, le bacille pyocyanique se présente comme un fin bâtonnet long de 1 à 3 microns, large de 0,5 micron, très mobile grâce à un cil polaire, non encapsulé, assez polymorphe. Il ne prend pas la coloration de Gram.

Il pousse rapidement et abondamment sur les milieux ordinaires : bouillon, gélose. Il secrète quatre types de pigments dont les deux principaux sont :

- le pigment vert fluorescent,
- la pyocyanine bleue seule caractéristique de l'espèce.

Deux caractères métaboliques méritent d'être mentionnés :

- le bacille pyocyanique est un microbe aérobie strict.
- le second caractère métabolique important est son fort pouvoir protéolytique, se manifestant en culture

par la liquéfaction de la gélatine, du sérum de boeuf coagulé, et de l'albumine d'oeuf coagulée.

Le bacille pyocyane garde sa vitalité plusieurs mois dans les cultures sur milieux usuels à la température du laboratoire. Il est détruit en 15 minutes à une température de 60°. Il est tué par les antiseptiques usuels.

ANATOMO-PATHOLOGIE

D. Suzy Sarrut, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de l'école de puériculture insiste sur le caractère nécrosant du bacille pyocyanique.

Ce caractère nécrosant s'explique par le pouvoir protéolytique du germe aboutissant à la fonte rapide des tissus et par l'existence de lésions vasculaires. Ces atteintes surtout artérielles sont responsables de lésions ischémiques locales et de lésions emboliques à distance.

Le tissu détruit par la nécrose est éliminé plus ou moins rapidement, en fonction de la rapidité d'évolution, réalisant une perte de substance avec ou sans suppuration associée. Selon l'importance et le nombre des vaisseaux intéressés par la destruction tissulaire une note hémorragique est absente ou présente.

Les limites de la perte de substance sont nettes avec de minces bords nécrotiques ou fibrino-purulents et un étroit entourage de polynucléaires. La démarcation entre tissu sain et détruit est franche.

L'extension de la destruction est variable : sur la peau, elle s'étend en surface et plus encore en profondeur, détruisant les tissus sous-cutanés et musculaires, dénudant l'os et pouvant même l'attaquer.

Prophylaxie de l'infection à bacille pyocyanique dans
les services de nouveau nés et de prématurés

Il est essentiel de prévenir la plus terrible des infections néonatales.

Les différents auteurs ne pensent pas que la prophylaxie antibiotique puisse avoir des effets prolongés; elle risque au contraire de faciliter la survenue des souches microbiennes résistantes. Nous avons constaté quelques observations où une conjonctivite était apparue chez des prématurés recevant un antibiotique actif sur le pyocyanique.

Les mesures prophylactiques doivent être appliquées avec rigueur au niveau du personnel médical et infirmier, et surtout au niveau du matériel utilisé. Tous les milieux aqueux doivent être proscrits pour la conservation des instruments : les sondes ne doivent pas être uniquement bouillies, elles doivent être autoclavées après avoir été séchées.

La stérilité des humidificateurs des couveuses peut être réalisée par addition d'une petite quantité d'acide acétique dans le réservoir d'eau.

Les robinets doivent être manoeuvrés au pied. Une soufflerie également manoeuvrée au pied, doit permettre le séchage des mains sans utilisation d'essuie mains qui peuvent transmettre les germes de l'un à l'autre.

Toute infection oculaire à pyocyanique chez un nouveau-né ou un prématuré impose un double traitement antibiotique local et général.

Localement, les antibiotiques les plus actifs sur ce germe sont :

- la Polymyxine,
- la Colistine,
- la Néomycine,
- la Framycétine.

Sur le plan général, en 1962, Alison a obtenu de bons résultats en employant la polymyxine B. Cet antibiotique était administré en injections intra-musculaires à la dose de 2 mg 5 par kg et par jour. Cependant sa néphrotoxicité limite actuellement son emploi. Aujourd'hui ce produit rend de grands services par son action locale : le collyre à la Polymyxine est formellement indiqué pour traiter une conjonctivite à bacille pyocyanique.

Actuellement, on préfère utiliser la Colistine à raison de 100 000 U. par kg et par jour réparties en 3 injections intramusculaires. Tout traitement à la Colistine doit faire l'objet d'une surveillance attentive de la fonction rénale. La néphrotoxicité se manifeste par une insuffisance rénale à diurèse conservée. La chute du chiffre de l'urée urinaire est

Nous terminerons par un bref rappel des nécroses palpébrales d'origine infectieuse. Nous citerons quelques cas de nécroses palpébrales ayant pour germes responsables :

- le staphylocoque doré,
- le streptocoque,
- les bacilles anaérobies,
- le bacille diphtérique,
- la bactériémie charbonneuse,
- les rickettsies,

sans étudier les lésions à type d'ulcération pouvant se rencontrer dans d'autres affections telles que la tuberculose ou la syphilis palpébrale.

1 - LE STAPHYLOCOQUE DORE

L'infection de la paupière par le staphylocoque doré peut se manifester, par un anthrax, surtout chez les sujets diabétiques. Celui-ci siège en général à la paupière supérieure et aboutit à une nécrose des tissus atteints. Il doit être traité par une antibiothérapie intensive en raison du risque de staphylococcie maligne de la face et de la thrombophlébite du sinus caverneux.

2 - LE STREPTOCOQUE

L'érysipèle ou dermite streptococcique, s'étendant à partir de l'angle interne de l'oeil peut avoir une évolution

grave chez les nouveau-nés et les diabétiques aboutissant à des phlegmons palpébraux et déterminant parfois une nécrose complète des paupières.

3 - LES BACILLES ANAEROBIES

La gangrène des paupières est une infection du tissu cellulaire de la paupière par des bacilles anaérobies. La gangrène s'annonce par une coloration brun sombre des téguments. Les signes généraux sont alors importants (température élevée, déshydratation, état septicémique). Il se forme une croûte noirâtre, déprimée et sèche entourée d'un tissu inflammatoire rouge sombre. L'élimination de la peau laisse apparaître une nécrose. Sous une antibiothérapie polyvalente la cicatrisation peut se faire aboutissant à un ectropion.

4 - LE BACILLE DIPHTERIQUE

L'atteinte palpébrale par le bacille diphtérique est en général secondaire à une lésion conjonctivale. Elle constitue une ulcération grisâtre ou même une gangrène et aboutit à une perte de substance.

5 - LA BACTERIDIE CHARBONNEUSE

La pustule maligne des paupières, forme assez rare du charbon est une maladie infectieuse dont l'agent est la bactériodie charbonneuse.

L'inoculation au niveau d'une excoriation peut être professionnelle (tanneurs, équarisseurs) ou accidentelle. La maladie évolue en trois stades.

- au début, 4 heures après l'inoculation, apparaît sur la paupière un point rouge, prurigineux qui s'accompagne progressivement d'un oedème considérable des paupières.
- au stade suivant, se développe une vésicule noirâtre, gonflée de sang entourée d'une auréole rouge et nettement délimitée.
- puis commence le stade d'escarification. Une nécrose atteint progressivement la peau et les tissus sous-jacents.

Au point de vue anatomo-pathologie, il existe une augmentation de la perméabilité des capillaires et des vaisseaux sanguins qui entraîne la formation d'un exsudat et un trouble de la nutrition du tissu.

Le traitement de la pustule maligne est basé sur l'emploi du sérum anticharbonneux et de fortes doses d'antibiotiques dont beaucoup sont actifs.

Les processus de cicatrisation très lents aboutissent à des cicatrices rétractiles réalisant un ectropion des paupières.

6 - LES RICKETTSIES

Calmette et Déodatti rapportent un cas de gangrène des paupières due à une rickettsiose, la fièvre Q. Un sujet de 64 ans présente brutalement un volumineux oedème inflammatoire des paupières de l'oeil droit accompagné d'une importante adénopathie pétragienne et d'un état fébrile à 39°. Il est à noter l'absence de piqûres d'insectes ou d'arthropodes.

Quatre jours plus tard, le malade présente une vaste ulcération recouverte d'une croûte noirâtre au niveau des deux paupières et de la commissure externe de l'oeil droit, respectant les bords libres des paupières.

Les réactions sérologiques des rickettsioses (Pr Giroud, Institut Pasteur) sont en faveur de l'étiologie rickettsienne de l'affection en montrant une agglutination pour la fièvre Q ++ au taux de 1/20.

L'examen anatomo-pathologique après prélèvement d'un fragment de peau montre des lésions communes à toutes les rickettsioses : altération des capillaires caractérisée par des phénomènes d'endothélite et de thrombose.

Les auteurs pensent avoir mis en évidence par la coloration de Machiavello les Rickettsies Burnetti sous forme de corpuscules coccoïdes ou bacilliformes intracellulaires, localisés dans les macrophages et dans les cellules endothéliales des revêtements vasculaires.

Un traitement antibiotique est institué à base de Chloramphénicol et de Tétracycline. L'ulcération guérit sans aucune rétraction cicatricielle. Il ne reste comme séquelle qu'une pigmentation des deux paupières.

Les auteurs de cette observation montrent qu'il faut penser à la Rickettsie Burnetti, agent de la fièvre Q et probablement aux autres Rickettsioses dans la recherche étiologique des nécroses palpébrales.

CONCLUSION

1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐ 10. ☐ 11. ☐ 12. ☐ 13. ☐ 14. ☐ 15. ☐ 16. ☐ 17. ☐ 18. ☐ 19. ☐ 20. ☐ 21. ☐ 22. ☐ 23. ☐ 24. ☐ 25. ☐ 26. ☐ 27. ☐ 28. ☐ 29. ☐ 30. ☐ 31. ☐ 32. ☐ 33. ☐ 34. ☐ 35. ☐ 36. ☐ 37. ☐ 38. ☐ 39. ☐ 40. ☐ 41. ☐ 42. ☐ 43. ☐ 44. ☐ 45. ☐ 46. ☐ 47. ☐ 48. ☐ 49. ☐ 50. ☐ 51. ☐ 52. ☐ 53. ☐ 54. ☐ 55. ☐ 56. ☐ 57. ☐ 58. ☐ 59. ☐ 60. ☐ 61. ☐ 62. ☐ 63. ☐ 64. ☐ 65. ☐ 66. ☐ 67. ☐ 68. ☐ 69. ☐ 70. ☐ 71. ☐ 72. ☐ 73. ☐ 74. ☐ 75. ☐ 76. ☐ 77. ☐ 78. ☐ 79. ☐ 80. ☐ 81. ☐ 82. ☐ 83. ☐ 84. ☐ 85. ☐ 86. ☐ 87. ☐ 88. ☐ 89. ☐ 90. ☐ 91. ☐ 92. ☐ 93. ☐ 94. ☐ 95. ☐ 96. ☐ 97. ☐ 98. ☐ 99. ☐ 100. ☐

Nous avons eu l'occasion de rencontrer un cas de
nécrose palpébrale à bacille pyocyanique chez un nouveau-né.

Il nous a semblé utile de rapporter cette observation intéressante sur plusieurs points :

1 - Elle illustre l'étonnante faculté de régénération des tissus du nouveau-né, bien visible sur les clichés photographiques.

2 - Cette observation se distingue de toutes les autres publications d'atteinte oculaire par le bacille pyocyanique chez le nouveau-né.

- d'une part, car il s'agit d'une atteinte palpébrale sans aucune complication oculaire.
- d'autre part, parce que la conjonctivite symptôme initial pour tous les autres auteurs a semblé, ici, être précédée de troubles digestifs.

Il est donc possible de suggérer une pathogénie différente, c'est-à-dire une atteinte par voie vasculaire septicémique et non une propagation par contiguité à partir de la conjonctive.

De l'étude faite, il ressort en outre que les atteintes oculaires à bacille pyocyanique chez le nouveau-né et le prématuré provoquent 18 % de décès et 30 % de perte du globe.

Pour éviter les conséquences désastreuses d'une telle infection, il importe qu'un diagnostic rapide permette l'institution d'un traitement intense et précoce adapté par la suite aux résultats des différents examens bactériologiques.

En conclusion, il nous semble particulièrement important d'insister sur la nécessité absolue de prendre des mesures prophylactiques rigoureuses en milieu hospitalier et plus encore dans les services de prématurés afin d'éviter la persistance de foyers microbiens responsables en partie, de véritables épidémies d'infection à bacilles pyocyaniques.

VU, le Président de Thèse,

M. le Professeur OFFRET

VU, le Doyen,

M. le Professeur MILLIEZ

VU, le Recteur,

M. MALLET

- 6 - CALMETTES L., DEODATI F., BEC P. -
Gangrène des paupières d'origine Rickettsienne.
Soc. Franç. Ophtal. Paris 8. 12 Mai 1960.
- 7 - CORCELLE L., BEYLAT, ROQUES -
Infections oculaires néonatales dans un service de
prématurés.
Bull. Soc. Franç. Ophtal. 1962, 11, 585.
- 8 - ELIACHAR E., BENAN R., TASSY R., BEUST M., GREBERT P. -
Fonte purulente de l'oeil par le bacille pyocyanique
chez un nouveau-né prématuré.
Ann. Pediat., 1966, 13, 178.
- 9 - ELIACHAR E., TASSY R., TOURNIER G. -
Le rôle de pseudomonas aeruginosa dans les infections
oculaires du prématuré et du nouveau-né.
Sem. Hôp. Paris 44, 26-27, 1801, 1804, 1968.
- 10 - FARNARIER G., ARNOUX M. -
Un cas de charbon des paupières.
Soc. Ophtal. France 1957, 6, 351-352.
- 11 - FIERER J., TAYLOR P.M., GEZON H.M. -
Pseudomonas aeruginosa epidemie traced to delivery
room resuscitators.
New Engl. J. Med., 1967, 276, 991.

12 - FODOR V., MATCI I., ONEA R. -

Considérations asupra unor infectione bacil piocianic
introsectic de nou-nascuti.

Pediatrica (Buc) 1966, 15, 151.

13 - GITLIN D. -

Transient 19. S. gamma globulines deficiency in the
neuborn infant and its significance Pediatrics. 1963,
31, 197.

14 - GUILLAUMAT -

Maladies de la région des paupières - 137/144.

15 - HATT J.J., PETIOT M. -

Affections à pyocyaniques du nouveau-né et de l'en-
fant.

Pédiatrie 1963, 18, 975.

16 - HOFFMAN M.A., FIMBERG L. -

Pseudomonas infections in infants associated with high
humidity environments.

J. Pediat., 1955, 46, 629.

17 - HUYSMANS J. -

Anthrax of the eyelids.

Netherl. ophtal. Soc. Groningen May 17.18 1958.

18 - LECLERCQ Robert -

Affections cutanées des paupières.

E.M.C. Ophtal. 21 100 B 10.

- 19 - MONNET P., CHASSIGNOL S., VAILLAUD J.C. -

Infections à pseudomonas aeruginosa dans un centre de prématurés durant les années 1960 à 1963.

Arch. franç. Pediat., 1967, 24, 543.

- 20 - PIOT Jean -

Les difficultés du diagnostic des colobomes palpébraux acquis et non traumatiques.

Thèse Paris 1963.

- 21 - REVUE DU PRATICIEN 11 JUIN 1962 -

Infections à pyocyaniques.

- 22 - RUBBO S.D., GARDNER J.F., FRANKLIN J.C. -

Source of pseudomonas aeruginosa infection in premature infants.

J. Hyg. (Lond.) 1966, 64, 121.

- 23 - SARAUX H. et BIAIS B. -

Pathologie des paupières.

Précis ophtalmologie, Masson, 1969, 573-575.

- 24 - SASSO B. -

La pustule maligne des paupières et ses conséquences.

Ann. Oculist. (Paris) 1961, 194 - 54 - 60.

- 25 - SCHOTT E.G. -

Gangrène of the eyelids.

Industr. Med. Surg. 35, 27, 1966.

26 - SECRET E. -

Charbon de la paupière.

Sem. Hôp. Paris 1952 - 28, 94.

27 - SOLOMONS E., KRAMER B., STEINUR N., KOHL S.G. -

La fréquence de l'ophtalmie purulente du nouveau-né
en l'absence de prophylaxie.

Amer. J. Obstet. Gynec. 1959, 78, N° 3, 513-518.

28 - VERGER P., BENTEGEAT J. -

Une épidémie d'entérite à bacille pyocyanique observée
dans un centre de prématurés.

Nourrisson 1955, 43, 141.

29 - WILSON M.G., NELSON R.C., PHILLIPS L.H., BOAK R.A. -

New Source of pseudomonas aeruginosa in a nurserery.

J. Amer. med. Ass., 1961, 175, 1146.
